

Si este formulario lo llena una persona con la autoridad jurídica para actuar en nombre del solicitante/afiliado (p. ej., el padre o la madre de un menor de edad, un representante para la determinación del cumplimiento de requisitos o un tutor legal) sírvase completar la siguiente sección:

Nombre de la persona que llena el formulario (en letra de molde):

Firma de la persona que llena este formulario:

Fecha: ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

*Autoridad de la persona que llena el formulario para actuar a nombre del solicitante/afiliado:

*Si este formulario lo llena una persona designada judicialmente para actuar como tutor o apoderado legal, o una persona con poder firmado, o representante para efectos de atención médica, **se deberá adjuntar una copia del documento correspondiente.**

Envíe este Formulario MassHealth: Autorización para compartir información (PSI) llenado al Centro de inscripción de MassHealth (MEC) más cercano a su domicilio:

Revere MEC
300 Ocean Ave.
Suite 4000
Revere, MA 02151

Springfield MEC
333 Bridge St.
Springfield, MA 01103

Taunton MEC
21 Spring St.
Suite 4
Taunton, MA 02780

Tewksbury MEC
367 East St.
Tewksbury, MA 01876



Formulario MassHealth: Autorización para compartir información (PSI)

Use este formulario si desea que MassHealth comparta información sobre usted con otras personas o entidades, por ejemplo:

- un familiar, amigo u otro pariente;
- alguien que cuide de usted;
- alguien que lo ayude a completar los formularios MassHealth; o
- un trabajador social, abogado o un grupo asesor de asistencia médica.

No use este formulario si desea:

- información sobre usted;
- información sobre sus hijos menores de 18 años (Podrá obtenerla sin completar formularios.); o
- que se comparta con su proveedor de atención médica la información sobre sus beneficios y pagos por los servicios que usted recibe. (El proveedor de atención médica podrá obtener esta información de MassHealth sin que usted complete ningún formulario.)

Importante: Si considera que si **necesita** llenar este formulario, **sírvase llenar todas las secciones en letra de molde legible.**

Sección 1: Nombre del solicitante o afiliado a MassHealth

Se autoriza a MassHealth y a sus representantes a compartir la información que se detalla en la **Sección 2** acerca de:

(Nombre del solicitante o afiliado cuya información se ha de compartir)

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

con la persona o entidad que se detalla en la **Sección 3**.

Nota: Se exige el número de seguro social del solicitante o afiliado si tal número se ha expedido, a menos que la persona sólo esté solicitando los beneficios de MassHealth Limited, del Plan de Seguridad Médica para Niños (CMSP), o de Healthy Start.

Sección 2: ¿Qué información desea compartir?

Marque todos los casilleros que correspondan. Lea atentamente.

MassHealth puede compartir la siguiente información:

- notificación sobre el cumplimiento de requisitos e información sobre requisitos para recibir y tener acceso a los beneficios de MassHealth con la persona o entidad que se detallan en la Sección 3.** (Marque esta opción sólo si desea que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** pueda comunicarse con MassHealth para obtener información sobre el cumplimiento de requisitos y copias de sus notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos.)

Nota: Las notificaciones sobre el cumplimiento de requisitos incluyen información sobre todos los miembros del mismo hogar. Si marca esta opción, cada miembro afiliado de su familia que tenga 18 años o más deberá firmar y entregar un Formulario PSI por separado. Si no recibimos los formularios firmados por cada miembro de su familia que tenga 18 años o más, no podremos darle curso a su solicitud.

- situación y notificaciones sobre la determinación de mi discapacidad.** (Marque esta opción sólo si presentó un Suplemento de Discapacidad de MassHealth y está esperando una determinación sobre ella.)

- sólo la siguiente información (favor de especificar):**

Al autorizar a MassHealth a que comparta la información indicada arriba, autorizo asimismo que se comparta cualquier dato sobre tratamiento por drogas o alcohol que exista en dicha información?

- Sí, autorizo que se comparta información sobre tratamiento por drogas o alcohol.**
- No, no autorizo que se comparta información sobre tratamiento por drogas o alcohol.**

Sección 3: ¿Con quién desea Ud. que compartamos la información?

Indique aquí el nombre de **SÓLO UNA persona o entidad**. Deberá llenar otro Formulario PSI si desea nombrar más de una persona o entidad.

MassHealth puede compartir la información indicada en la **Sección 2** con esta persona o entidad:

Nombre de la persona o entidad: _____

A cargo de (nombre de la persona de contacto dentro de la entidad a quien se le debe enviar la información): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Fax: _____ - _____ - _____

Sección 4: ¿Porqué desea que compartamos su información?

Indique el motivo por el que desea compartir la información detallada en la **Sección 2**. Si no desea enumerar motivos específicos, basta con que escriba: "según lo solicité yo." Si no completa esta sección, supondremos que ha indicado "según lo solicité yo."

Doy autorización para que MassHealth comparta la información indicada en la Sección 2 por el siguiente motivo:

Sección 5: Fecha de expiración del permiso

La presente autorización para compartir información es válida hasta: ____/____/____

Si no indica una fecha determinada, esta autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que recibamos el presente formulario.

Sección 6: Firma

Entiendo que:

- una vez que la persona o entidad indicada en la **Sección 3** reciba la información de MassHealth, esta persona o entidad puede a su vez compartir la información con otros sin mi permiso. Si lo hace, puede que las leyes federales y estatales de confidencialidad no protejan esta información;
- debo enviar este Formulario PSI al MassHealth Enrollment Center (MEC) más cercano a mi domicilio (ver al dorso);
- puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, enviando una nota a:

MassHealth
Privacy and Security Office
600 Washington Street
Boston, MA 02111;
- si cancelo mi autorización, MassHealth no se puede retractar de la información que divulgó cuando tenía mi autorización;
- si no autorizo a MassHealth para que comparta la información o si anulo mi autorización para compartir la información con la persona o entidad indicada en la **Sección 3**, los beneficios MassHealth del solicitante o afiliado no se verán afectados de ningún modo; y
- en ciertas circunstancias, es posible que MassHealth no pueda cumplir con mi solicitud de compartir la información.

Firma del solicitante/afiliado: _____

Fecha: ____/____/____

(Sigue al dorso.)